

Why do users of a primary care center request a change of physician?

Sra. directora:

Desde el año 1993, con la aplicación del decreto 1575/93, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a cambiar de médico de cabecera o de pediatra en los centros de atención primaria. Las solicitudes de cambio de médico pueden ser una herramienta indirecta para estudiar ciertos aspectos de la calidad asistencial y los motivos de insatisfacción percibida por los usuarios, si bien las causas del cambio pueden tener un origen multifactorial¹.

Con el fin de indagar por qué los pacientes cambian de médico de familia, se hizo un estudio descriptivo en dos centros de atención primaria urbanos (CAP Casanova y CAP Rosselló), en Barcelona. Para ello se utilizaron los formularios de solicitud de cambio de médico durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008. Estos formularios son anónimos y se entregan a todos los pacientes que solicitan cambiar de médico. Incluyen una lista de 14 razones diferentes, de las cuales debe escogerse la razón principal del cambio. Para el cálculo de incidencias se utilizaron los datos del censo del centro de atención primaria.

Durante el periodo de estudio, 6.505 pacientes solicitaron cambiar de médico, oscilando entre un máximo de 1.261 solicitudes en 2004 y un mínimo de 872 en 2008 (tasa de incidencia media anual de 1,65 cambios por 100 usuarios). De ellos, 6.217 (95,6%) respondieron a la sección sobre los motivos del cambio. El 58% de las solicitudes eran de mujeres. La tasa de incidencia de solicitudes de cambio fue mayor para las mujeres que para los hombres (2,76 frente a 1,23 cambios por 100 usuarios, respectivamente, $p < 0,001$). Por grupos de edad, el mayor número de solicitudes eran de mayores de 64 años (23,3% del total). El principal motivo de solicitar el cambio fue la incompatibilidad del horario del paciente con el horario de atención del médico asignado, aducido en el 30,3% (1.883/6.217) de los casos, seguido del deseo de la familia de estar agrupados con un mismo médico (18,4% y 1.142/6.217) (tabla 1).

Las causas que provocan las solicitudes de cambio de médico deberían tenerse en cuenta en la planificación sanitaria, con el fin de mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios respecto al sistema de salud. El número de cambios solicitados en los centros de atención primaria estudiados es menor que la media de las áreas de salud en España². Las mujeres solicitan cambiar más de médico que los hombres, aunque no hemos encontrado diferencias en los motivos argumentados entre ambos sexos; puede que esté relacionado con la frecuentación de los servicios de atención primaria², mayor en las mujeres, lo cual puede generar más oportunidades para la insatisfacción, si bien esta asociación no se ha verificado en nuestro estudio.

A diferencia de otros trabajos europeos, en los cuales prima la insatisfacción con la calidad de la atención médica recibida³ o la distancia al centro sanitario⁴, el principal motivo de cambio en nuestra población obedece a la incompatibilidad de horarios entre médico y usuario, y no se relaciona directamente con la calidad asistencial provista. Este resultado es congruente con lo reportado por García-Marco², que encuentra que la mayoría de las personas que solicitaron otro facultativo de forma voluntaria fue para cambiar de turno (de mañana a tarde). Agrupando los motivos aducidos por los usuarios en cuatro categorías (preferencias personales/motivos administrativos/insatisfacción con la relación médico-paciente, otras), la insatisfacción con la relación médico-paciente como causa de cambio es baja (21%) en comparación con

Salud urbanos de Barcelona (2003–2008)

	n ^a	Mujeres (%)	Hombres (%)
<i>Motivos de índole administrativa</i>			
Médico no hace visitas a domicilio	18	13 (0,4)	5 (0,2)
Rechaza un cambio propuesto por el centro	108	73 (2,0)	35 (1,7)
Incompatibilidad de horarios	1.689	1.076 (29,8)	613 (29,2)
Lista de espera	102	65 (1,8)	37 (1,8)
<i>Insatisfacción con la relación médico-paciente</i>			
Trato personal	310	198 (5,5)	112 (5,3)
Trato asistencial	407	266 (7,4)	141 (6,7)
Falta de empatía con el médico	316	199 (5,5)	117 (5,6)
Absentismo del médico	157	101 (2,8)	56 (2,7)
<i>Preferencias personales</i>			
Unificación familiar	1.046	610 (16,9)	436 (20,8)
Consejo de amigos/familiares	240	132 (3,7)	108 (5,1)
Razones de sexo del médico	108	89 (2,5)	19 (0,9)
<i>Otros</i>			
Razones privadas	750	501 (13,9)	249 (11,9)
Otras razones no especificadas en la lista	456	284 (7,9)	172 (8,2)
Total	5.882	3.607 (100%)	2.100 (100%)

^a No rellenaron el campo «sexo» 335 usuarios y se han excluido de este análisis.

uno de los pocos estudios similares realizados en España, si bien el tamaño muestral en este estudio era considerablemente más pequeño y la metodología usada era distinta⁵.

Sería interesante estudiar en nuestro medio si otros factores, como el grado de envejecimiento de la población o la distancia al centro sanitario, repercuten en el número de solicitudes de cambio de médico. Conocer cuántas de estas solicitudes se tramitaron con éxito, así como el número de quejas que ocurren sin haberse visitado ni una sola vez, ayudarían a comprender mejor los determinantes y las motivaciones que llevan a solicitar el cambio de médico de cabecera.

Contribuciones de autoría

A.L. García-Basteiro participó en el análisis y la redacción del manuscrito. J.M. Vilaseca diseñó el estudio y participó en la redacción del manuscrito. A. Trilla supervisó el estudio y participó en la interpretación de los datos y en la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron las conclusiones y la versión final del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, et al. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract*. 1997;14:49–57.
- García Marco C. Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del Insalud: un estudio preliminar. *Rev Esp Salud Publica*. 1996;70:271–81.
- Bjerrum L, Sorensen AS. [Why do patients change physicians?]. *Ugeskr Laeger*. 1992;154:3587–9.
- Billinghurst B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *Br J Gen Pract*. 1993;43:336–8.
- Leal M, Abellán J, Gómez P, et al. ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? ¿Qué opinamos los médicos de familia? *Atención Primaria*. 2007;39:575–6.

Alberto L. García-Basteiro^{a,*}, Josep María Vilaseca^b
y Antoni Trilla^a

^a Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic,
Barcelona, España

^b Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE),
Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto@basteiro.com (A.L. García-Basteiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.04.001>

Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense

Malpractice claims by specialty in a non-US setting

Sra. directora:

La seguridad del paciente es una preocupación importante en la profesión médica, así como también lo es el riesgo de reclamación por presunto defecto de praxis. La ley penal española exige que se pruebe que ha existido defecto en la actuación del facultativo, si bien en los procedimientos civiles las lesiones graves pueden llegar a ser compensadas sin hallazgos relevantes de defecto de praxis, por lo que aumenta la preocupación de los facultativos ante estas reclamaciones.

Jena et al.¹ publicaron en 2010 los resultados de un estudio sobre datos de responsabilidad profesional médica por especialidades entre 1991 y 2005, utilizando la base de datos de una aseguradora de Estados Unidos. Sus resultados coincidían con los publicados en estudios previos realizados también en Estados Unidos¹, pero el análisis del escenario de ese país puede no representar la perspectiva mundial del fenómeno. Autores españoles, como Carles², subrayan la necesidad de bases de datos y estudios locales para que la información se adapte a las características específicas de los diferentes sistemas de salud. Partiendo de esta premisa, la presente carta pretende facilitar una aproximación al escenario español de reclamaciones por presunto defecto de praxis, comparándolo con la situación descrita en Estados Unidos.

En 1986, el Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña (CGCMC) desarrolló y puso en marcha el Modelo Catalán de póliza de responsabilidad profesional médica, en el cual la compañía aseguradora delega la gestión integral de la póliza en el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del CGCMC. De esta manera, los médicos participan directamente en el proceso, evitando las dificultades que se han identificado en otras jurisdicciones³. Un modelo centralizado permite el análisis de los datos sobre eventos

adversos, y facilita su prevención. Conforme a estos datos, el SRP promueve la seguridad clínica publicando guías de forma periódica y actualizando el conocimiento médico-legal de los facultativos. El SRP procura controlar la tendencia al incremento de las reclamaciones gestionando extrajudicialmente los casos, animando a la declaración, la disculpa y el ofrecimiento de acciones cuando sea necesario. Y contiene el incremento de las cuotas evitando las indemnizaciones desorbitadas mediante acuerdos extrajudiciales ajustados conforme a las evaluaciones de expertos y poniendo a disposición de los facultativos profesionales altamente cualificados con experiencia en la negociación, la peritación y la defensa en responsabilidad profesional.

Se trata del principal seguro de responsabilidad profesional de Cataluña, con más de 24.000 médicos asegurados, y recoge en su base de datos variables clínicas, jurídicas y administrativas de todos los casos, cumplimentadas por facultativos y abogados del SRP. Utilizando esta base de datos se analizaron todas las reclamaciones cerradas entre 1986 y 2005, que fueron un total de 5246 casos. Se calculó el porcentaje de reclamaciones que correspondía a cada especialidad registrada, el porcentaje de reclamaciones que finalmente recibían una indemnización, ya fuera por sentencia judicial o por acuerdo extrajudicial, y se analizaron las cuantías de indemnización por especialidad.

En la muestra analizada anualmente, un porcentaje medio del 1,33% de los médicos asegurados se enfrentaron a una reclamación, si bien sólo un 0,26% tuvo que afrontar una indemnización al reclamante. Jena et al.¹ concluían que la neurocirugía, la cirugía torácica y cardiovascular, y la cirugía general, tenían la mayor probabilidad de recibir una reclamación, mientras que pediatría y psiquiatría tenían la probabilidad más baja. En nuestra muestra, obstetricia y ginecología, cirugía ortopédica y traumatología, y cirugía general, fueron las que tuvieron más reclamaciones (tabla 1).

Entre las reclamaciones que acabaron con indemnización al reclamante, la media de indemnización en la muestra de Jena et al.¹ fue de 274.887\$ y la mediana fue de 111.749\$, mientras que en la nuestra fue mucho menor, 66.636€ y 26.325€, respectivamente.

Tabla 1

Número, porcentaje de casos indemnizados y cuantías de indemnización en las especialidades más reclamadas (n > 60)

Especialidad	N.º reclamaciones	Casos indemnizados (%)	Indemnización media (euros)	Mediana (euros)	Máxima (euros)
Todas	5246	17,32	66.636	26.325	1.622.732
Cirugía ortopédica y traumatología	824	19,17	62.181	35.559	661.000
Obstetricia y ginecología	658	22,34	119.207	45.076	1.622.732
Cirugía general	402	19,9	55.639	31.941	234.394
Oftalmología	356	17,97	56.968	26.946	450.759
Cirugía plástica	319	33,85	27.690	15.012	450.759
Anestesia	175	18,85	119.008	21.332	601.012
Estomatología	154	15,58	11.350	4.787	95.000
Medicina interna	146	10,27	93.217	33.806	721.000
Neurocirugía	126	27,77	100.415	30.050	540.910
Urología	126	19,84	39.231	18.030	210.354
Otorrinolaringología	100	20	38.403	16.137	180.303
Psiquiatría	96	4,16	17.132	3.061	60.101
Pediatría	91	14,28	118.135	66.111	438.738
Cardiología	72	9,2	126.094	153.249	210.354
Cirugía cardiovascular	65	29,23	43.764	18.000	210.835